

Programa de asistencia al paciente de GSK

PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590

Teléfono: 1-866-728-4368 Fax: 1-855-474-3063

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este



Solicitud para el Programa de asistencia al paciente para vacunas de GSK

- Complete y firme este formulario. Se necesita la firma del paciente y del médico prescriptor.**
- NUEVO:** El Programa de asistencia al paciente de GSK (GSK PAP) ya no puede ofrecer viales de dosis única para reposición de GSK PAP.
- NUEVO:** Un centro debe acumular un total de 10 dosis aprobadas del producto en un plazo de 12 meses antes de que se envíe la reposición al centro. Se contabilizarán para la acumulación las dosis aprobadas para todos los médicos en ejercicio en una única dirección del centro.
- NUEVO:** Si no se acumulan 10 dosis aprobadas de un producto en un plazo de 12 meses, se perderá la reposición.
- NUEVO:** La cantidad máxima de producto disponible de GSK PAP se limita a 200 dosis por producto al año (20 envíos de 10 vacunas) por centro único.
- Este es un programa de reposición. Los pacientes deben ser vacunados con la vacuna de GSK adquirida previamente tras la aprobación para GSK PAP.
- NUEVO -** Al firmar este formulario, el proveedor acepta los términos y condiciones del programa y comprende los riesgos si no se alcanza un incremento de 10 dosis aprobadas en un plazo de 12 meses.

Sección 1: Vacuna solicitada (Se requiere)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 58160-842-52 – Boostrix
Vacuna antitetánica, vacuna antidiftérica y vacuna acelular contra la tos convulsa; se absorbe | <input type="checkbox"/> 58160-823-11 - Shingrix
Vacuna de subunidad recombinante contra el herpes Zóster |
| <input type="checkbox"/> 58160-821-52 – Engerix-B
Vacuna recombinante contra la hepatitis | |

Sección 2: Información del médico prescriptor (Se requiere)

Nombre del médico prescriptor: _____

Nombre del centro: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de licencia de estado: _____

Teléfono: (____)____-____ Fax: (____)____-____ Día de preferencia para entrega: Ma Mi Ju Vi

Sección 3: Directrices de reposición de PAP y certificación del médico prescriptor (Se requiere) **NUEVOS REQUISITOS PARA LEER**

DIRECTRICES DE REPOSICIÓN DE PAP: El Programa de asistencia al paciente de GSK (GSK PAP) ya no puede ofrecer viales de dosis única para reposición de PAP. Un centro debe acumular un total de 10 dosis en un plazo de 12 meses para ser elegible para la reposición a través del programa. Se contabilizarán para la acumulación las dosis aprobadas para todos los médicos en ejercicio en una única dirección del centro. Además, la cantidad total de producto de reposición recibida a través de GSK PAP se limitará a 200 dosis por producto al año (20 envíos de 10 vacunas) por centro único.

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR: Al inscribir a mi paciente en GSK PAP, comprendo que si mi centro no entrega 10 dosis a los pacientes en PAP aprobados en un plazo de 12 meses, no seré elegible para la reposición. Mi firma certifica que soy un médico colegiado y elegible según la ley estatal para recetar, recibir y administrar el (los) medicamento(s) solicitado(s) que se detalla(n) en este formulario de inscripción en el programa, enviado(s) por parte de GSK PAP. Doy fe de que la vacuna solicitada está indicada desde el punto de vista médico para el paciente identificado. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que se encuentra en esta solicitud es correcta y está completa. Doy fe de que el producto que solicito es una reposición de una vacuna de GSK comprada con anterioridad y usada en un paciente de PAP que reúne los requisitos. También comprendo que la elegibilidad según el programa está sujeta a criterio de GSK y que GSK se reserva el derecho de modificar o poner fin al GSK PAP en cualquier momento. Declaro que he obtenido todas las autorizaciones necesarias de mi paciente para permitirme divulgar información a GSK y a sus terceros contratados. Mi firma confirma que la vacuna se ha proporcionado o se proporcionará sin costo alguno para el paciente que figura en este formulario y que comprendo que no soy elegible para procurar un reembolso de ninguna fuente para ningún medicamento proporcionado por GSK PAP. Comprendo que no recibiré ningún reembolso por parte de GSK por la administración de esta vacuna para este paciente y acepto además que no procuraré ningún reembolso por la administración de la vacuna por parte de ningún pagador público.

 **Firma del médico prescriptor:** _____ Fecha: _____
(Se requiere la firma original. No se acepta la firma mediante sello)

Para evitar demoras en el procesamiento, no olvide firmar y fechar la página 2 de esta solicitud.

Programa de asistencia al paciente de GSK

PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590

Teléfono: 1-866-728-4368 Fax: 1-855-474-3063

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este



Nuevas directrices de reposición de PAP. ¡Lea atentamente!



Sección 4: Información del solicitante (Se requiere)

Nombre (Nombre): _____ (Apellido): _____
(Inicial del segundo nombre): _____ Sexo: M F

Dirección de correo postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de seguro social: _____ Marque esta casilla si el solicitante no tiene un número de seguro social

Tamaño de la familia: _____ Ingresos familiares anuales actuales: \$ _____

Para pacientes sin ingresos: Al marcar esta casilla, doy fe de que, a mi leal saber y entender, el solicitante no tiene ingresos.

¿Tiene el paciente algún tipo de cobertura para fármacos de venta con receta? Sí No

En caso afirmativo, verifique el (los) tipo(s) de cobertura que tiene el paciente: Medicare Parte A/B Medicare Parte D
Medicaid

Empleador Mercado/Intercambio Privado Mi Salud Otro _____

Sección 5: Certificación del paciente (Se requiere)

Mediante mi firma, autorizo a GSK, así como también a Lash Group y a cualquier otra compañía que GSK use para administrar el Programa de asistencia al paciente de GSK (GSK PAP) (el "programa") a realizar lo siguiente:

- 1) Usar cualquier información que yo proporcione en mi solicitud con el fin de ayudarme a recibir los productos de GSK según el programa o a administrar el programa.
- 2) Recibir y conservar registros de todas las recetas para los medicamentos que reciba según el programa, los cuales se usarán para administrar el programa.
- 3) Comunicarse con mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico acerca de mi solicitud para el programa y divulgarles la información contenida en mi solicitud a fin de ayudarme a recibir los productos de GSK según el programa y garantizar que se satisfagan las directrices del programa.
- 4) Solicitar información de mi aseguradora, médico, proveedor de atención médica o farmacéutico acerca de los medicamentos con receta que reciba o recibiré según el programa y acerca de mi afección médica. Esta información solo se usará para determinar mi elegibilidad para el programa y para administrar el programa.
- 5) Comunicarse con mi aseguradora, otras posibles fuentes de financiación, incluidos los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, trabajadores sociales u organizaciones para la defensa del paciente, en mi nombre a fin de determinar si soy elegible para una cobertura de seguro médico u otros recursos, y divulgarles la información contenida en mi solicitud o información sobre mis medicamentos con receta y mi afección médica, lo cual ha sido proporcionado por mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico.
- 6) Divulgar cualquier información obtenida de las fuentes detalladas arriba a terceros, si así lo exige la ley.
- 7) Autorizar a GSK PAP y sus administradores para obtener un informe del consumidor sobre mí. Mi informe del consumidor y la información derivada de fuentes públicas y de otra naturaleza se usarán para calcular mis ingresos como parte del proceso para decidir si soy elegible para recibir medicamentos gratis de GSK PAP. A solicitud, GSK PAP me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes de consumidores que proporciona el informe del consumidor.
- 8) Solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento, aunque ya esté inscrito, para que puedan decidir si la información en este formulario está completa y es verdadera.

Comprendo que GSK no cobra un cargo por participar en los programas. Si he usado un tercero que cobra un cargo por ayudarme con mi formulario de inscripción o el reabastecimiento de mis medicamentos, GSK no paga este dinero. Comprendo que esta autorización para revelar y divulgar información médica permanecerá en vigencia en tanto participe en el programa y durante un período de 7 años después de que finalice mi participación en el programa. Comprendo que mis proveedores de atención médica no condicionarán mi tratamiento médico respecto de mi acuerdo para firmar esta autorización para revelar y divulgar información médica. También comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, llamando al 1-866-728-4368 y enviando una declaración por escrito de mi revocación al programa. Tal revocación pondría fin a mi elegibilidad para participar en el programa.

La revocación de esta autorización prohibirá divulgaciones después de la fecha en que se reciba la revocación por escrito, excepto en la medida en que se haya llevado a cabo una acción respecto de mi autorización. Comprendo que una vez que la información médica sobre mí se haya divulgado respecto de esta autorización, es posible que tal información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y pueda volver a divulgarse. Certifico que el producto recibido de GSK PAP es para mi propio uso y no se venderá, intercambiarán ni se entregará a ninguna otra persona. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud está completa y es precisa, y acepto notificar a GSK de cualquier cambio en mi elegibilidad para el seguro o en mi estado financiero.

Programa de asistencia al paciente de GSK

PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590

Teléfono: 1-866-728-4368 Fax: 1-855-474-3063

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este



Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

(Se requiere la firma original. No se acepta la firma mediante sello)

Para evitar retrasos en el procesamiento, complete el formulario en su totalidad.